

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 703

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri NICOLAS

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Nice

Né le 16 Octobre 1908 à Montoir de Bretagne (Loire-Inférieure)

DOTHIÉNENTÉRIE ET APPENDICITE

Président : R. PROUST, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551809_0006

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri NICOLAS

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Nice

Né le 16 Octobre 1908 à Montoir de Bretagne (Loire-Inférieure)

DOTHIÉNENTÉRIE ET APPENDICITE

Président : R. PROUST, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÉRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale
 VELTER Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE.....		LE LORIER.....	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR.....		METZGER	
HARVIER.....			
LIAN			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.J.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Je vous dédie ce modeste travail
en témoignage de ma grande
affection.*

*Puisse, cet hommage de mon
infinie reconnaissance, vous con-
soler des lourds sacrifices que vous
vous êtes imposés pour moi.*

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

*Qui nous fit l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, en
hommage de respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPLAY

Médecin des Hôpitaux de Nice

*Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse et nous aider
de ses conseils. Qu'il nous permette
de lui exprimer ici, non seulement
notre grande reconnaissance pour
son précieux enseignement, mais
encore le témoignage de notre
admiration et de notre respectueux
attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARASSI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nice

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'interne pendant deux ans et
qui fut pour nous le plus bienveil-
lant des maîtres. Nous n'oublierons
jamais la clarté de son enseigne-
ment et nous le remercions du
paternel intérêt qu'il nous a tou-
jours porté et de la confiance qu'il
nous a témoignée.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE DOCTEUR TENIER (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVESQUE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICARD.

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'externe. Hommage de res-
pectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUMIER

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

DE SAINT-NAZAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MELOCHE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LETELLIER.

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'interne. Expression de notre
vive reconnaissance.*

A MES PLUS CHERS
CAMARADES D'ÉTUDES

MM. LES DOCTEURS RICHARD, LABOUR,
CLERGUE, RIBOLLET et DE ALBERTI

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les relations de l'appendicite avec la fièvre typhoïde sont envisagées ou connues depuis fort longtemps. Les manifestations appendiculaires s'observent à toutes les périodes de l'évolution de la maladie, mais elles peuvent se rencontrer aussi des mois et même des années après la guérison de la dothienenterie, étant toutefois en relations avec cette dernière affection.

L'aspect clinique du syndrome appendiculaire est très variable. Tantôt il revêt la forme de la simple colique bénigne et éphémère ; tantôt nous avons affaire aux accidents graves d'infection aiguë et de péritonite ; parfois nous assistons au tableau alarmant de perforation.

De nombreux travaux ont paru qui tendent à jeter la lumière sur les relations qui peuvent exister entre l'appendicite et la fièvre typhoïde. Sans doute, le diagnostic d'appendicite au cours de la fièvre typhoïde reste encore délicat. Au début de la dothienenterie les phénomènes appendiculaires masquent souvent la symptomatologie de celle-ci. Au cours de la maladie ils ne sont pas toujours rapportés à

leur véritable cause . On pense plutôt à la perforation intestinale. Dans la convalescence, on croit à un retour offensif de l'affection, alors que les accidents sont dus à une appendicite méconnue, méconnaissance redoutable.

Dans tous ces travaux épars, aux idées souvent divergentes, aux conclusions quelquefois opposées, nous voudrions mettre un peu d'ordre. Nous avons uniquement l'intention de nous livrer dans cette étude à un travail de médecin praticien et nous essaierons d'en faire ressortir les deux points suivants qui nous paraissent les plus importants dans la pratique journalière :

1^o L'appendicite purement typhique est-elle une réalité en tant qu'entité morbide, et quel est son pronostic.

2^o Le diagnostic de souffrance appendiculaire étant posé au début ou au cours d'une dothiennetérie, quelle est la conduite à tenir, compte tenu du pronostic ?

HISTORIQUE

L'existence de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde fut révélée en 1841 par MALESPINE. Au cours d'autopsies de typhiques il avait trouvé à deux reprises des lésions appendiculaires graves. D'autres observations furent publiées un peu plus tard, dont celle de LEUDET qui signalait la présence de lésions semblables au cours d'autres maladies infectueuses.

MORIN, MURCHISON, GOURONNEC publièrent ensuite des observations sur des cas analogues et, en 1832, HUTINEL faisait une étude très approfondie de la question dans sa thèse d'agrégation. Cette étude historique a été faite très complètement dans l'excellente thèse de BAYET (Paris, 1901) et dans celle de FRANÇOIS (Paris, 1904) et de HOCQUETTE (Lille, 1905). Citons aussi un remarquable travail de TUFFIER au Congrès de Chirurgie de Paris, 1904.

La question fut reprise en 1919 dans la thèse de DUPLAY de Montpellier. L'auteur en discuta les grands problèmes sans fixer, toutefois, de règles absolues en ce qui concerne la conduite à tenir. Cela s'explique étant donnée l'époque qui vit paraître

cette thèse. Les chirurgiens eux-mêmes étaient à ce moment divisés en deux camps : les uns abstentionnistes, les autres, et ils étaient le plus grand nombre, partisans de l'intervention, mais seulement après refroidissement de la crise. Ce n'est que plusieurs années après, en effet, que l'intervention rapide dans toute crise appendiculaire (ou peu s'en faut) s'imposa, après des discussions passionnées.

Dans ces dernières années, les observations s'accumulent. En 1924, FERRARI cite deux cas de perforations appendiculaires au cours d'une fièvre typhoïde et d'une paratyphoïde, C. PALLERI publie la même année un cas rare d'appendicite post-typhique. WEIL-HALLÉ et BENDA, en 1925, rapportent l'histoire d'une dothienenterie à début de pseudo-appendicite avec évolution atypique. En 1927, les auteurs étrangers, PARSONS, WICKSBURG (*New Orleans Medical*), publient deux cas d'appendicite dues au bacille typhique. DIVARIS, en 1927 et 1928, cite deux cas d'appendicite typhique et pseudo-typhique. LEFEBVRE de Toulouse rapporte à la même date un cas de typhoïde simulant l'appendicite.

Tout récemment, en 1929, PIQUET et POREZ font une communication très intéressante sur « Appendicite et typhoïde » dont nous reparlerons au cours de cette étude.

Enfin, en 1930, 1931 et 1932, on s'attache à étudier surtout les rapports de la typhlite et de l'appendicite que nous retrouverons dans les excellentes

publications de BERNARD et MILONE, de MASSABUAU et GUIBAL. A ce sujet, la thèse de CHAPPEL (Toulouse, 1931-1932) présente une étude anatomo-pathologique remarquable.

Il suffit de se rapporter à la bibliographie pour s'assurer que les publications n'ont pas fait défaut. Cette documentation s'est encore enrichie l'an passé du sérieux travail de MONDOR sur une perforation appendiculaire au cours d'une fièvre typhoïde et de l'intéressante communication de CLAVEL et VIDAL sur les séquelles appendiculaires de la dothiéntérie.

L'étude que nous nous proposons de faire sera fondée sur les intéressantes discussions de diagnostic, de pathogénie, d'indication thérapeutique que soulève la question, en nous basant sur les observations cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques que nous possédons. Nous envisagerons, successivement chacun de ces points particuliers.

Toutefois, nous préférons conduire cette étude à la lumière des faits cliniques et nous rapporterons tout d'abord trois observations inédites, dont deux prises dans le service de médecine de notre maître le docteur DUPLAY et une dans sa clientèle personnelle. Nous les ferons suivre de quelques observations prises dans la littérature et choisies de façon à mettre en évidence les points particuliers qui rendront plus intéressante la discussion que nous nous proposons de faire.

OBSERVATION I (*inédite*)

(Personnelle de M. le D^r DUPLAY, Nice)

Le 10 octobre 1931, le D^r DUPLAY est appelé à 8 heures du matin auprès d'un enfant de 8 ans qui, au moment de prendre son petit déjeuner, venait d'avoir une série de nausées avec léger vomissement muqueux en même temps qu'il se plaignait d'avoir un peu mal au ventre.

Rien à signaler dans les A. P., A. H., A. C.

A son arrivée le médecin trouve un petit malade dont les nausées ont cessé mais qui continue se plaindre de l'abdomen en montrant la région ombilicale.

A l'examen : abdomen en général souple — indolore à la palpation sauf dans la fosse iliaque droite où se révèle une douleur assez vive et nettement localisée au point de Mac BURNEX — le tout accompagné d'une très légère défense à ce niveau. Le toucher rectal est absolument négatif à gauche mais provoque une réaction vive et une fuite du petit malade lorsque l'index chatouille la région cæco-appendiculaire. Température : 37°3. Pouls : 80.

Par ailleurs rien à signaler, et en particulier pas de rate. Devant ce tableau parfaitement classique d'appendicite au début, un chirurgien est convoqué et l'intervention est décidée pour midi.

A midi : température : 39°, pouls : 120. Opération simple effectuée selon le mode classique. Les anses intestinales extériorisées paraissent tout à fait normal d'aspect ; le cæcum ne présente rien de particulier.

L'examen macroscopique de la pièce ouverte dans sa longueur nous étonne un peu par suite de l'absence totale de points ecchymotiques de sérosité et de réaction inflammatoire visible. La muqueuse paraît simplement un peu boursofflée avec de place en place de très légères modifications de coloration.

Suites opératoires plus que simples. La température tombe en 36 heures pour se maintenir dans les jours suivant autour de 37°5.

Le 16, le 17, le 18 octobre, la température remonte progressivement et rapidement et s'installe à 39°, 39°5.

Toutes complications d'ordre opératoire ayant pu être écartées, l'idée d'une dothiérientérie possible vient à l'esprit, malgré un excellent état général du malade, par suite du fait que la rate devenait percutable et même palpable profondément.

Une hémoculture et un sérodiagnostic positifs à l'Eberth confirment ce diagnostic.

Evolution tout à fait normale et guérison dans les délais habituels.

OBSERVATION II (*inédite*)

(Recueillie dans le service de M. le Dr DUPLAY,
Hôpital Pasteur, Nice)

A. M., âgée de 26 ans, employée au service des contagieux de l'hôpital Pasteur, entre d'urgence le 20 février 1932 pour appendicite aiguë.

Cette femme était déjà malade les 16 jours qui ont précédé son hospitalisation. Elle ressentit au début de son affection des céphalées tenaces accompagnées d'insomnies et la température atteignait 40°7. Elle n'eut pas d'épistaxis mais elle vomissait journellement.

D'abord alimentaires les vomissements devinrent bilieux

en même temps que s'installait une diarrhée abondante et fétide avec douleurs abdominales à forme de coliques simples, sans localisation particulière. Elle fut traitée chez elle par son médecin habituel qui, devant ce tableau, pensa à une dothiénenterie et la traita comme telle. On fit faire une hémoculture qui revint négative.

Cependant, dans les jours qui précédèrent son hospitalisation, la constipation succéda à la diarrhée, les vomissements bilieux persistèrent et les douleurs abdominales furent plus accusées. Les douleurs se localisèrent surtout à la fosse iliaque droite, la température était entre 38 et 39 depuis près de quinze jours, et, devant le syndrome appendiculaire franc, son médecin lui conseilla une intervention chirurgicale d'urgence.

Rien à signaler dans les antécédents.

A son entrée à l'hôpital la malade présente une température de 40°, pouls : 130, l'abdomen est ballonné et météorisé, relativement souple, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où nous sentons une contracture musculaire intense avec défense manifeste et douleur très localisée au point de MAC BURNEY. A ce niveau, hyperesthésie cutanée franche. La manœuvre de ROVSING est positive. Le toucher vaginal révèle une douleur très violente à l'exploration profonde du cul-de-sac latéral droit ; les annexes et l'utérus étant normaux.

Les vomissements et les nausées sont particulièrement fréquents ; la constipation date de 24 heures. Le foie est normal, la rate est perceptible sur quatre travers de doigt. Pas de taches rosées, la malade montre des lèvres sèches, une langue saburrale sèche, rouge à la pointe et sur les bords. Rien dans la gorge. L'examen des autres appareils est complètement négatif.

Devant ce tableau le diagnostic d'appendicite suraiguë avec possibilité d'évolution nécrosante chez une malade

atteinte de fièvre typhoïde semble s'imposer, et on pratique d'urgence l'intervention.

A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur une anse grêle rouge dilatée hypervascularisée, avec plaques de PEYER infiltrées ; le cæcum lui-même est dilaté et congestionné. L'appendice de longueur normale est turgescent et un peu gros. On en fait l'ablation ; enfouissement et fermeture sans drainage.

Suites opératoires simples ; évolution normale d'une fièvre typhoïde sévère dont la guérison s'effectue par la suite.

L'appendice ouvert dans sa longueur montre une muqueuse congestionnée et une infiltration généralisée de la sous-muqueuse, sans autres lésions macroscopiques, sans traces de pus.

OBSERVATION III (*inédite*)

(Recueillie dans le service de M. le Dr DUPLAY,
Hôpital Pasteur, Nice)

L'enfant T... Eugénie, 10 ans, entre en chirurgie le 2 juillet 1933. Elle est malade depuis une huitaine de jours durant lesquels elle se plaignait de douleurs abdominales généralisées, mais prédominantes toutefois dans la fosse iliaque droite. Douleurs sans température, calmées par la chaleur et accompagnées d'une constipation opiniâtre. Elle n'a jamais vomi, mais présentait des nausées et une anorexie complète.

Son médecin traitant la soigna pour une infection intestinale banale, mais bientôt les symptômes physiques se localisant davantage au niveau de la fosse iliaque droite, il lui conseilla de rentrer à l'hôpital Pasteur pour une radiographie de la région cæco-appendiculaire.

A. P. — Rien à signaler à part une gastro-entérite vite guérie à l'âge de 4 ans.

A. H., A. C., Rien à signaler.

A son entrée dans le service, l'aspect général de la malade est bon. L'enfant est abattue mais son visage coloré exprime peu la souffrance. Les lèvres sont un peu tremblotantes, la langue saburrale et sèche. Rien à la gorge. L'état dentaire est satisfaisant. L'abdomen un peu ballonné est souple dans l'ensemble. Toutefois, on perçoit du côté droit une contracture musculaire manifeste. Le point de MAC BURNÉY est exquisement douloureux. Autour de lui, existe aussi une hyperesthésie avancée franche. Pas de signe de ROVSING. Le toucher rectal est douloureux à bout de doigt au niveau de la région appendiculaire qui n'est pas empâtée. Pas de taches rosées sur l'abdomen, le foie est normal, la rate non perceptible. La température est 37°4. Le pouls bat à 90.

Il n'y a rien à l'auscultation des poumons et du cœur, rien du côté du système nerveux. Les urines sont claires et abondantes, sans sucre ni albumine, les reins non palpables. Rien à signaler du côté génital.

Le diagnostic d'appendicite basé sur la contracture musculaire, la douleur au point de MAC BURNÉY, l'hyperesthésie cutanée, la dissociation du pouls et de la température, paraît s'imposer.

A l'intervention on trouve un appendice congestionné et long. On l'enlève et on enfouit le moignon. L'appendice ouvert montre une muqueuse tomenteuse sans lésions macroscopiques et sans pus. Les anses grêles perçues à ce moment ainsi que le cæcum paraissent sains. Malheureusement, nous n'avons pas fait faire les examens bactériologique et histologique de la pièce.

Les suites opératoires ont été excellentes. La guérison paraissait imminente quand le 8 juillet au soir la température atteint 39°2. Un examen minutieux est pratiqué. Toute complication d'ordre opératoire est écartée. A part un état de prostration marquée on ne découvre que quelques sibilances disséminées dans les champs pulmonaires. On

fait une thérapeutique symptomatique. Malgré tout, la température garde le plateau entre 39° et 40° jusqu'au 16 juillet, jour d'apparition de signes méningés intenses. La malade est fortement prostrée. La langue est grise-rouge à la pointe et sur les bords. La température est en plateau depuis 8 jours, le pouls est dissocié, le ventre est souple mais il existe des gargouillements dans la fosse iliaque droite qui est à nouveau douloureuse. La rate est cette fois perceptible sur trois travers de doigts. La constipation est opiniâtre. On pense à une dothiéntérie.

On demande un sérodiagnostic et une hémoculture qui reviennent négatifs. Malgré ces examens de laboratoire négatifs, nous maintenons le diagnostic de fièvre typhoïde. Deux ponctions lombaires ont été faites devant la persistance des signes méningés : les examens pratiqués ont montré la formule d'une réaction méningée banale. Cependant la maladie évolue normalement et le 7 août la malade entre en convalescence.

De cette observation nous tirons quelques conclusions intéressantes : Notre malade a présenté un syndrome appendiculaire ; appendicite franche dans les huit jours qui ont précédé un état infectieux catalogué cliniquement par nous : fièvre typhoïde avec réaction méningée, — fièvre typhoïde dont la période d'état a duré exactement vingt-huit jours. Et le diagnostic est maintenu malgré les examens de laboratoires négatifs.

Notre opinion reçoit un commencement de confirmation dans les jours qui suivent. En effet, durant toute sa maladie l'enfant fut veillée jour et nuit par sa mère âgée de quarante-deux ans. Cette femme remplit auprès de sa fille le rôle d'infirmière et le huitième jour après la guérison clinique de son enfant elle fait une fièvre typhoïde, avec rechute, dont le sérodiagnostic fut positif à l'EBERTH à 1/250.

Nous avons eu l'occasion de revoir le 5 mai 1934, la mère et l'enfant, toutes les deux en parfaite santé ? Nous fîmes

faire un sérodiagnostic à l'enfant qui se montra positif au bacille d'EBERTH à 1/100, apportant alors la preuve sérologique tardive mais indéniable de l'exactitude du diagnostic posé.

OBSERVATION IV

(Résumé de l'Observation de MM. PIQUET et POREZ,
Lyon Médical, n° 695, 1929)

Un jeune garçon de 14 ans entre le 13 août 1928 dans le service de M. le professeur LEFORT pour appendicite aiguë. D'après les dires des parents le malade présentait depuis trois ou quatre jours des accidents de gastroentérite avec une diarrhée abondante et, semble-t-il, un certain degré d'élévation thermique.

La crise appendiculaire a débuté dans la matinée du 13 août, jour de l'admission. Elle s'est manifestée par l'apparition d'une douleur dans la fosse iliaque droite avec quelque vomissements et de la diarrhée.

A son entrée à l'hôpital l'attention est attirée surtout par la gravité de l'état général. L'enfant est abattu, les pommettes sont rouges, température : 40° 8 ; pouls : 108. L'abdomen est légèrement ballonné. A la pression on provoque une douleur assez vive dans la région ombilicale et surtout dans la fosse iliaque droite, quelques gargouillements dans le flanc droit. Pas de contracture de défense de la paroi ou du moins cette contracture est-elle à peine appréciable.

L'existence des troubles gastro-intestinaux préalables et la dissociation du pouls et de la température faisaient penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde. Cependant, comme ce malade avait présenté une crise douloureuse aiguë le matin même et que la fosse iliaque droite était le siège d'une douleur nette à la pression,

on porte le diagnostic d'appendicite aiguë et l'on intervient immédiatement.

A l'ouverture de l'abdomen : issue de 500 à 800 centimètres cubes d'un liquide séropurulent dont l'aspect est plus séreux que purulent. Les anses intestinales sont fortement congestionnées et distendues surtout au niveau de la terminaison du grêle et du cœco colon ascendant. L'appendice est congestionné turgescant, non perforé. On enlève l'appendice, on enfouit le moignon.

On ouvre l'appendice : sa partie supérieure est tout à fait normale d'aspect tandis que la pointe est le siège de lésions nettes. Au niveau de la pointe, en effet, la lumière de l'appendice contient environ un centimètre cube de pus brunâtre entièrement fétide. En cet endroit, la paroi est détruite dans sa presque totalité, nécrosée et transformée en une bouillie noirâtre. La séreuse est indemne, aucune perforation n'est visible à sa surface.

On n'a pas pratiqué d'examen bactériologique du pus appendiculaire.

Dans les jours suivants l'opération les signes cliniques de dothientérie font leur apparition et le diagnostic est confirmé par un hémoculture qui est positive au bac. typhique ou paratyphique (la différenciation n'a pas été faite).

Le malade passe dans le service de M. le professeur MINET, le 17 août. L'affection revêt alors une allure sérieuse et le 28 août en présence de symptômes péritonéaux on ouvre à nouveau la plaie opératoire et l'on draine (la gravité de l'état général ne permettant pas une intervention plus complète). Il s'écoule par le drain un liquide séropurulent fétide dont l'examen bactériologique a montré : staphylocoques blancs, streptocoques, bacilles subtils.

Malgré l'intervention le malade ne s'améliore pas et il succombe quatre jours plus tard.

Autopsie : Anses intestinales considérablement distendues. Plaques de PEYER infiltrées sur la terminaison de l'iléon.

Le cœcum est le siège d'une perforation située un peu au-dessus de la partie inférieure de l'organe. A quelque distance se trouve un point ulcéré dont la perforation paraît imminente. Matières intestinales et pus dans l'abdomen. Fausses membranes abondantes. Vésicule biliaire énorme contenant environ deux cents centimètres cubes de liquide purulent : la paroi est très mince et sur le point de se perforer. Rate et foie très volumineux.

Thorax : à droite, un peu de pus dans la cavité pleurale ; à gauche, simple réaction pleurale.

OBSERVATION V

(Résumé de l'Observation de M. FERRARI. *Bull. et Mém. Sté Nat. de chirurgie*, n° 28, nov. 1924).

Le jeune P..., âgé de 12 ans se plaint le 21 octobre 1920 de céphalées, courbatures et fièvre. Son médecin ordonne la diète liquide et une purgation. L'état restant stationnaire, la température prise toutes les quatre heures depuis le 21 se maintenant au-dessus de 39°, la famille fait appeler le Dr GRISONI, le 28 octobre. L'enfant accuse encore des céphalées, une grande fatigue générale, sans toutefois présenter un abattement marqué. La température est toujours élevée au-dessus de 39°, pouls dicrote : 100. La langue est rouge sur les bords, blanche au centre. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression dans toute son étendue. Pas de diarrhée, selles jaunâtres, rate perceptible. Rien à l'appareil pulmonaire. Urines abondantes sans albumine.

En présence de ces syndrome d'allure typhoïdique, on admet le malade en clinique où le traitement classique est institué.

Le 28 octobre, le sérodiagnostic est positif à l'EBERTH à 1/150 : apparition de quelques taches rosées. L'affection suit son cours normal jusqu'au 1^{er} novembre. A cette date

les selles deviennent plus fréquentes et diarrhéiques. Le pouls s'accélère 100, 115, 120.

Le 4 novembre (15^e jour de la maladie), à 11 heures, le malade est pris brutalement d'une violente douleur abdominale généralisée. Pas de vomissement. Pas de hoquet. Il existe une défense très nette de toute la région abdominale sans localisation. La température qui était à 40°4 la veille au soir est à 38°5. Le pouls est passé à 130.

La question d'une perforation intestinale est posée. Le Dr FERRARI intervient à 21 heures (9 heures après l'apparition des premières douleurs).

A l'ouverture de la cavité abdominale, issue d'un épanchement liquide en très grande abondance ayant l'apparence de séro-pus. Les anses grêles sont rouges dilatées, recouvertes de fausses membranes. La plus grande partie du liquide épanché provient de la fosse iliaque droite où on se porte directement. En découvrant le cœcum, l'appendice apparaît porteur à sa base d'une perforation d'un centimètre de diamètre environ à travers laquelle sort un bouchon de muqueuse rouge œdématiée. Ablation de l'appendice, enfouissement du moignon. On éponge le liquide épanché, on lave les anses à l'éther. On met en place un Mickulicz et on ferme.

Les suites opératoires immédiates sont graves. Toutefois, le 9 novembre, la situation s'améliore : les vomissements cessent, le pouls est moins rapide, la température tombe progressivement. Le drainage est supprimé et le malade quitte la clinique fin décembre.

Actuellement, il jouit d'une excellente santé.

OBSERVATION VI

(Résumé de l'Observation de MM. WIDAL, ABRAMI, BRIS-SAUD et WEISSENBACH, rapporté par M. MONDOR, in *Pratique Méd. Franç.*, juin 1932 (A), n° 10)

Après quinze jours d'un état typhoïde absolument typique au cours duquel l'hémoculture décèla par deux fois le bacille paratyphique B en circulation dans le sang, ces auteurs ont assisté chez leur malade à l'éclosion soudaine et à l'évolution suraiguë de phénomènes appendiculaires, qui, en moins de vingt-quatre heures, aboutissaient à la mort.

L'autopsie révéla l'absence complète de toutes lésions de l'intestin grêle, l'intégrité parfaite de l'appareil lymphoïde de l'iléon.

Par contre, il existait des lésions diffuses du cœcum et de l'appendice. Ce dernier organe était sphacélé et sa perforation avait déterminée une péritonite suraiguë diffusée.

Le bacille paratyphique B existait à l'état de culture presque pure dans l'appendice et dans le péritoine.

OBSERVATION VII

(Travail de clinique chirurgicale du professeur TIXIER, rapporté par MM. CLAVEL et VIDAL, Résumé de l'Observation, *Lyon Médic.*, 30 avril 1933)

V. Charles, 16 ans, entre le 3 janvier 1930 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service du professeur TIXIER envoyé par le Dr CLAVEL pour appendicite à rechutes. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Quant à lui : une typhoïde pendant le mois d'août 1928.

Jamais rien du côté intestinal quand brusquement, en février 1929, il présente une première crise, assez peu aiguë

d'ailleurs ; après avoir mangé comme de coutume, il se mit à souffrir dans la fosse iliaque droite. Les douleurs furent violentes, ne se généralisèrent pas et s'accompagnèrent de vomissements glaireux et bilieux ; une constipation d'assez courte durée (deux ou trois jours). La température ne dépassa jamais 37°5. Tous ces phénomènes s'amendèrent rapidement. Il ne resta couché qu'un jour et le 8^e il reprit son travail.

Tout alla bien jusqu'au 15 octobre 1929. Alors : nouvelle crise plus violente que la précédente, à symptomatologie à peu près identique. Douleurs plus violentes situées au même point, vomissements moins abondants que la première fois, constipation beaucoup plus accentuée (5 jours), état général beaucoup plus touché ; la température d'emblée à 39°8 persista pendant 15 jours. Le malade mis à la diète s'alita.

Depuis cette époque pas de nouvelles crises, il n'a pas souffert, mais n'a pas repris son travail, son médecin le lui ayant interdit en conseillant l'intervention.

A l'entrée : jeune homme d'aspect chétif, l'examen du ventre est absolument négatif : pas de gargouillement cœcal. Pas de douleur au point de MAC BURNEY. Le malade interrogé sur le siège des douleurs antérieures marque du doigt un point situé plus bas et plus à droite que le MAC BURNEY. L'examen général est complètement négatif. A noter toutefois : un strabisme interne de l'œil gauche et un Bordet-Wasserman légèrement positif. On intervient le 14 janvier 1930. A l'ouverture le cœcum apparaît épaissi et présente des reliquats inflammatoires, appendice de 10 centimètres environ, rétro-cœcal sténosé, filiforme à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Le tiers inférieur est scléreux et cicatriciel, il existe des ganglions dans le méso-appendice. Pas de ganglions dans l'angle iléo-cœcal, pas d'ascite. Appendicectomie rétrograde. Enfouissement, pas de drainage, les lésions apparaissant suffisamment éteintes.

Examen de la pièce. Sténose au 1/3 inférieur qui peut être attribuable à la typhoïde antérieure. On dirait un volvulus de l'appendice ayant abouti à l'atrophie de sa pointe.

Les suites opératoires sont très simples et le malade part du service guéri, le 28 janvier.

Examen bactériologique : L'ensemencement des fragments appendiculaires donne une culture pure de bacilles d'EBERTH dans la portion terminale de la pièce.

OBSERVATION VIII

(Résumé de l'Observation de MM. STOKES et ANNICK,
in *John Hopkin's Hosp. Bull.*, 1905)

W. D., 24 ans, étudiant en médecine avait eu une typhoïde sévère 13 ans avant sa crise actuelle d'appendicite.

Le 21 mars 1905, à 6 h. 30 du matin : violente douleur dans tout l'abdomen, qui plus tard, se localisa dans la fosse iliaque droite. Puis, nausées, vomissements et légère diarrhée. La température à l'entrée était de 100° F., mais après l'opération qui suivit ne dépassa jamais 99° F.

Une appendicectomie fut faite par le professeur TRIMBLE, à 5 heures de l'après-midi. Le malade guérit rapidement et sans incident.

Examen de la pièce : Appendice d'environ 3 fois les dimensions normales. A mi-distance entre son extrémité et son insertion intestinale, sa paroi était amincie, gangrenée, et prête à se rompre du fait de sa distension. Il était incurvé comme la lettre C. La muqueuse était recouverte par places d'une membrane gris sale et à sa base il y avait une ulcération irrégulière. La lumière appendiculaire contenait trois concrétions molles et légèrement jaunes.

Examen histo-bactériologique : Par cultures des fragments appendiculaires, deux flores microbiennes seulement sont identifiées :

1^o Bacilles pyocyaniques.

2^o Bacilles d'EBERTH.

Le sang du malade dilué à 1/50 fut confronté au bacille pyocyanique et au bacille typhique isolés de l'appendice. La réaction fut positive au bacille typhique et négative au bacille pyocyanique.

Outre ces observations, dont trois inédites, que nous avons choisies parmi les plus typiques, il en existe une quantité qui peuvent être rapprochées de l'une ou de l'autre de celles que nous citons.

Seraient à retenir, en particulier, celle de MM. MOIROUD, et AVIERINOS, de M. DUBOUCHER, de M. ROSENTHAL, de M. MONDOR, etc., etc., que nous résumons ici.

Les premiers auteurs sont intervenus chez une fillette de onze ans, le trente-huitième jour d'une dothienenterie pour des accidents péritonéaux datant de vingt-huit heures. Ils trouvèrent une perforation de l'appendice, enlevèrent l'appendice malade, et guérèrent l'enfant (*Société de chirurgie*, 16 déc. 1932).

Dans l'une de ces observations, M. DUBOUCHER, rapporte le cas d'une appendicite subaiguë au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde chez une femme de quarante-deux ans. On la croyait atteinte d'une perforation de l'iléon et on fit l'ablation de l'appendice malade. Elle guérit de son appendicite et de sa dothienentérie, mais mourut deux mois après de tuberculose pulmonaire (*Journal de chirurgie*, nov. 1924).

DISCUSSION

Des notions historiques par lesquelles nous avons ouvert ce travail, il ressort que l'appendicite due aux genres pathogènes ordinaires de l'intestin, existe, soit au début, soit au cours, soit après la fièvre typhoïde. Un doute pourrait planer sur l'existence d'une appendicite due purement au bacille d'EBERTH lui-même bien que, dans certaines observations, l'examen bactériologique de la pièce ait révélé l'existence du bacille typhique ou paratyphique dans les réseaux lymphoïdes de l'organe extirpé.

Mais, il nous paraîtrait tout à fait contraire à la logique que l'on ne trouvât point de bacilles d'EBERTH dans l'appendice d'un malade atteint d'une dothiéntérie.

Malgré tout, l'observation rapportée par MM. VIDAL, ABRAMI, BISSAUD et WEISSENBACH à l'Académie de Médecine le 22 octobre 1912 est assez troublante, bien que nous y relevions la phrase restrictive suivante : « Le Bacille paratyphique B « existait à l'état presque pure dans l'appendice « et dans le péritoine. »

Dans la première de nos observations inédites, nous avons signalé l'étonnement, malheureusement insuffisamment curieux des médecins, devant l'aspect de l'appendice ouvert. Nous rappelons que le cœcum extériorisé ainsi que quelques anses intestinales que l'on put apercevoir et manipuler au cours de l'intervention avaient un aspect tout fait normal. L'appendice était assez turgescant. Une fois ouvert, sa muqueuse paraissait simplement rosée, tuméfiée par places, sans aucun point ecchymotique.

Cet aspect, absolument inhabituel ne retint pas sur le moment l'attention plus longue des observateurs, mais la suite des événements lui octroya une importance quasi primordiale. En effet, en serrant les faits de très près, nous voyons la température du malade tomber en 36 heures, après l'intervention, l'aspect du petit malade redevenant parallèlement et aussi rapidement excellent, ce qui élimine l'interprétation possible de cette chute thermique comme résultat du choc opératoire. Il est donc hors de doute qu'à ce moment l'appendice seul était touché. Par quel agent microbien ?

En continuant la lecture de l'observation nous constatons qu'après quatre ou cinq jours de sub-fébrilité la température remonte pour atteindre en trois jours 39° et y stationner. A ce moment, après quelques éliminations et hésitations diagnostiques bien compréhensibles, l'idée d'une dothiénenterie prend corps, et hémoculture et sériodagnostic viennent pleinement confirmer cette opinion

A ce moment aussi, l'aspect macronopique anormal de l'appendice enlevé quelques jours auparavant prend une importance capitale, car, en rapprochant, dans notre esprit, cet aspect avec celui de l'intestin d'un dothiésentérique, nous ne pouvons qu'en constater l'identité absolue. Il ne fait aucun doute pour les observateurs du moment que la maladie de la muqueuse de cet appendice était une maladie purement typhique, et que, au stade où l'exérèse fut pratiquée, la flore microbienne habituelle de l'intestin en temps qu'agent pathologique, n'avait pas encore eu le temps d'entrer en jeu. Aussi malgré l'absence d'examen microscopique et de culture, nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agissait bien, dans le cas particulier, d'une appendicite typhique.

Bien plus, il paraît logique d'admettre que la septicémie éberthienne existait lors de l'éclatement de la crise d'appendicite qui fut la révélation de la fixation initiale du bacille d'EBERTH sur l'intestin. Cette fixation initiale s'est faite de prime abord sur l'appendice puisque les segments intestinaux immédiatement voisins étaient macroscopiquement intacts de toute atteinte typhique.

Évidemment notre raisonnement n'a pas la valeur d'une démonstration... scientifique, nous allons écrire... mathématique. Mais, à notre décharge, nous pouvons constater que la vérité clinique et souvent doctrinale, n'est faite que de l'assemblage d'impressions diverses, de constatations de faits convergents, de déductions logiques. Pour appuyer

notre opinion, nous citerons les conclusions de M. MONDOR a la suite de l'observation de MM. WIDAL ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH : « Je ne veux
« pas rattacher à ce problème de péritonite par perforation appendiculaire chez un typhique, le
« problème bien connu de l'appendiculo-typhus,
« où l'appendicite ouvre ou semble ouvrir la marche,
« où les signes typhiques ne sont pas apparents ou
« découverts qu'un peu plus tard ; mais il faut savoir
« que la maladie causale ou adjuvante peut elle-même être fruste et que les symptômes appendiculaires peuvent s'imposer à l'attention du clinicien, avant le diagnostic d'étiologie. C'est une
« notion familière aux chirurgiens et GUINARD,
« n'écrivait-il pas avant 1900 : « Une ulcération
« typhique peut occasionner la perforation. Je suis
« convaincu que si l'on usait systématiquement
« du séro-diagnostic dans les appendicites perforantes suraiguës, on trouverait plus souvent qu'on
« ne croit qu'il s'agit d'une de ces formes frustes
« de typhus ambulatoire. Je viens d'observer un
« fait positif de ce genre qui me fortifie dans ma
« manière de voir. »

C'est ce que nous avons tous observé et récemment encore ROSENTHAL : « une appendicite aiguë
« suppurée, destructrice (due apparemment au
« bacille paratyphique B qui fut trouvé dans le
« cœcum) semblait le début d'une paratyphoïde. »

L'observation n^o 11 est presque calquée sur celle qui la précède ?

En effet, nous trouvons chez cette malade un appendice de longueur normale, turgescant et un peu gros à côté d'une anse grêle rouge dilatée. A l'ouverture de la pièce nous remarquons une muqueuse congestionnée avec infiltration généralisée de la sous-muqueuse. Cet aspect n'est comparable en rien à celui qu'il est classique de trouver dans l'appendicite aiguë ordinaire où l'appendice congestionné est augmenté de volume en diamètre et en longueur, où la muqueuse est piquetée de rouge ou de taches brunes sur une partie de son étendue avec en regard des matières plus ou moins concentrées, de calcul stercoral ou de pus. L'aspect de l'appendice était plutôt calqué sur celui de la portion du tractus intestinal extériorisée et manipulée au cours de l'intervention. Dans le cas particulier, la relation appendicite et dothiénerie est en quelque sorte démontrée séance tenante.

Nous pouvons rapprocher encore de ce faisceau les constatations opératoires de l'observation III : à savoir appendice offrant une muqueuse purement tomenteuse sans lésion nécrotique et sans pus, enlevé chez un malade atteint de dothiénerie.

Tout cet ensemble vient confirmer notre opinion : l'appendicite typhique est une réalité.

A ces présomptions de clinique pure nous pouvons apporter l'appui des observations VI, VII et VIII, observations très fouillées qui sont poussées jusqu'à la preuve bactériologique de l'appendicite.

Dans le cas de l'observation VI, le bacille paratyphique B existait à l'état de culture presque pure dans l'appendice et dans le péritoine. M. MONDOR rapportant cette observation écrit : « L'ensemble des « constatations effectuées chez leur malade ne laisse « aucun doute dans l'esprit de WIDAL et D'ABRAMI « sur la pathogénie hématogène de cette appendi- « cite ». « Toutes les lésions intestinales siégeaient « sur l'appendice et le cœcum. L'appendice tuméfié, « ramolli était porteur de deux plaques nécrotiques, « dont l'une, perforée ; avait déterminé la péritonite « mortelle ; une plaque analogue siégeait sur le « cœcum, au contact de la valvule iléo-cœcale, « et le reste de l'organe était parsemé d'un semis « de taches lenticulaires, ecchymotiques, analogues « à des taches rosées cutanées. Dans toutes ces « lésions le bacille paratyphique B se retrouvait « en quantité colossale et à l'état de culture presque « pure. La typho appendicite représentait donc « l'unique détermination intestinale de cette sep- « ticémie.

« L'examen bactériologique permet de saisir sur « le fait l'envahissement des parois cœcales par la « voie sanguine. L'infiltrat nodulaire nettement sous- « muqueux et périvasculaire qui constitue les taches « ecchymotiques parsemées sur le cœcum, est par- « couru par de nombreux capillaires dilatés dont « la lumière en certains points est obstruée par « des colonies de bacilles dont la forme et les « aptitudes tinctoriales sont celles du paratyphique. »

Nous pouvons rapprocher cette observation de notre observation n° 1, en constatant et même en concluant que le drame appendiculaire qu'elle rapporte semble être la localisation princeps de la septicémie en cause.

L'histoire de la perforation appendiculaire au quinzième jour d'une fièvre typhoïde, rapportée par M. FERRARI, est presque identique à celle de MM. WIDAL et ABRAMI : même éclosion soudaine de phénomènes appendiculaires avec chute brutale de la température qui passe de 40°4 à 38°5 alors que le pouls s'accélère et bat à 130. D'ailleurs on pensa plutôt à une perforation intestinale qu'à une appendicite suraiguë.

A l'ouverture de l'abdomen, issue d'un abondant épanchement liquide, sans odeur, ayant l'apparence de séropus. Les anses grêles sont rouges, dilatées, recouvertes de fausses membranes. L'appendice est porteur à sa base d'une perforation à travers laquelle sort un bouchon de muqueuse rouge œdématisée.

Il ne fait aucun doute pour nous que cette perforation s'est constituée selon le processus ordinaire classique typhoïdique : c'est-à-dire par altérations par le bacille d'EBERTH des follicules clos appendiculaires, passant par les stades d'infiltration et l'ulcération.

Malheureusement, aucun examen bactériologique n'a été fait qui eut signé indéniablement la nature éberthienne de cette appendicite. Toutefois, en sup-

posant une association possible d'agents pathogènes banaux, leur rôle aurait été sûrement de second ordre.

L'étude de MM. VIDAL et CLAVEL, et de MM. STOKES et ANNICK nous apprend que dans ces deux cas, du bacille d'EBERTH pur a poussé dans les cultures de muqueuse appendiculaire qui paraissaient à l'examen macroscopique avoir été le siège de lésions sérieuses lors d'une dothiéntenterie antérieure. On sait, en effet, depuis longtemps les relations de la typhlite avec la dothiéntenterie. Déjà en 1899, M^{lle} HOPFENHANSEN n'écrivait-elle pas : « Il n'est pas rare de trouver la fièvre typhoïde « notée comme maladie antécédente dans l'anamnèse des malades atteints de pentyphlite. A première vue ce fait paraît très naturel et on est « volontiers enclin à voir une relation intime entre « les deux maladies. En effet, la plupart des auteurs « sont d'accord sur ce fait que la fièvre typhoïde « peut devenir la cause d'une pérityphlite. En lisant « les chapitres qui traitent de l'étiologie des affections « appendiculaires dans les traités de TALAMON, de « SONNENBURG, de LANGHELD, de KRAUSSOLD et « d'autres auteurs, on voit que la typhoïde est « toujours regardée comme une des causes possibles « de cette affection. »

KRAUSSOLD a constaté dans beaucoup de cas d'appendicite des cicatrices et des ulcérations de

l'appendicite là où il y avait dans l'anamnèse la typhoïde comme antécédent.

DIEULAFOY écrivait : « que les lésions locales « appendiculaires sont la conséquence et le reliquat « des lésions lymphoïdes de la fièvre typhoïde.

Il nous semble qu'une sorte de microbisme latent se soit installé dans les productions lymphoïdes des appendices en cause, microbisme latent réveillé dans un avenir plus ou moins lointain par une cause inconnue. En ce qui nous concerne nous verrions volontiers cette cause peut-être tout simplement dans une poussée congestive locale liée à l'étranglement de l'organe, étranglement dû lui-même à la production cicatricielle trouvée dans la région étirée de ces appendices.

De toute façon on peut conclure de ces deux observations, que bien qu'évoluant, l'une six ans, l'autre 13 ans, après une dothiéntérie caractérisée, ces deux crises d'appendicite ont été deux crises purement éberthiennes. En 1917, dans le *New York Medical Journal*, SKELTON écrivait : « Si nous « pouvions suivre nos patients, je pense que nous « trouverions aussi des bacilles typhiques dans « l'appendice, soit à l'intervention, soit à l'autopsie, « et si le malade survit, bien plus tard dans l'histoire « post-typhique. »

A propos de ces observations, MM. CLAVEL et VIDAL ajoutent :

« Jusqu'ici la vésicule biliaire seule ou à peu près « avait été considérée comme le réservoir des

« bacilles typhiques ou paratyphiques. Nous n'es-
« saierons pas d'enlever à la vésicule le rôle le plus
« important puisque les bacilles typhiques pouvant
« vivre dans la bile, celle-ci constitue pour eux un
« excellent milieu de culture ; mais de l'observation
« des cas d'appendicite que nous rapportons, des cas
« d'appendicite où WOLFSOLM a trouvé des bacilles
« typhiques et paratyphiques, sans que jamais
« l'examen du sang, des urines et des selles n'en
« décèlent la présence, ne peut-on pas induire qu'à
« l'instar de la vésicule biliaire, l'appendice peut
« jouer le rôle de réservoir à bacilles typhiques ?

« En nous basant sur ces faits, dit WOLFSOLM,
« nous pouvons affirmer que, dans certaines condi-
« tions, des bacilles typhiques peuvent pénétrer
« dans l'appendice et s'y maintenir vivants plus ou
« moins longtemps, comme le fait est connu pour
« la vésicule biliaire et, pendant tout ce temps, les
« selles ne présentent pas de bacilles typhiques,
« du moins aucun bacille ne peut-être mis en évi-
« dence par des examens de selles répétées. »

« Et si l'appendice comme la vésicule biliaire
« peut servir de réservoir au bacille d'EBERTH la
« pathogénie des appendicites post-typhiques ne
« doit pas être différente de celle des cholécystites
« apparaissant bien après une dothiéntérie et
« reconnaissant le bacille typhique comme agent
« causal. »

Nous pensons donc que chez les malades atteints
de fièvre typhoïde ou ayant eu récemment cette

affection l'appendice doit être surveillé d'aussi près que le reste du tractus intestinal et que la vésicule. On peut le rendre responsable à l'égard du réservoir biliaire de certaines séquelles prolongées de la fièvre typhoïde.

Dans ces conditions, et à propos de l'intervention, MM. CLAVEL et VIDAL écrivent :

« Un autre conclusion protique s'impose. Il
« faut que dans ce cas le chirurgien prévienne son
« entourage, lorsqu'après une appendicectomie, il
« procède à l'ouverture de la pièce, des dangers que
« peut présenter le contenu de l'appendice. L'exemple
« du regretté professeur LECÈNE succombant à
« une dothiémentérie contractée en manipulant une
« vésicule biliaire doit rester graver dans tous les
« esprits et rappeler à l'occasion la prudence qu'il
« convient d'apporter en présence de ces réservoirs
« à bacilles typhiques. »

Ainsi, étayant des observations de clinique pure par des travaux histo-bactériologiques pratiqués dans d'autres cas, nous croyons pouvoir conclure formellement à l'existence d'un état de mal appendiculaire comme dans les observations : I, II, III, VI, VII, VIII, d'origine purement éberthienne.

Notre opinion est toute différente en ce qui concerne le jeune malade de MM. PIQUET et POREZ. Cet enfant présenta un syndrome appendiculaire net le quatrième jour après le début d'une dothiémentérie. Il fut opéré d'appendicite aiguë et mourut

d'une perforation cœcale à la fin du troisième septenaire.

En effet, dans le cas particulier, l'appendice turgescent, non perforé, présentait à l'ouverture, des lésions absolument indiscutables. Alors que sa partie supérieure était d'aspect tout à fait normal, au niveau de la pointe la lumière appendiculaire servait de réservoir à un centimètre cube de pus brunâtre, extrêmement fétide, comme il est classique d'en trouver dans les infections aiguës à colibacilles ou à germes anaérobies. A cet endroit d'ailleurs, la paroi était détruite dans sa presque totalité, nécrosée et transformée en une bouillie noirâtre, la séreuse était sur le point d'être perforée.

Macroscopiquement, cet appendice semblait être le siège de lésions banales dues aux germes ordinaires de l'intestin. Il nous semblerait absolument illogique d'admettre le même mécanisme dans la constitution des lésions appendiculaires gangréneuses des quatre premiers jours de la fièvre typhoïde et dans celle de la perforation cœcale du troisième septenaire, qui emporta le malade.

D'ailleurs, appuyant notre opinion, les auteurs écrivent :

« En l'absence d'examen bactériologique du pus
« appendiculaire, examen qui eut levé tous les
« doutes, nous en sommes réduits à des hypothèses.
« Notre malade a succombé à des accidents péri-
« tonéaux survenus à la fin de la troisième semaine
« de l'évolution de la maladie à la suite d'une per-

« foration cœcale. Cette perforation s'est donc faite
« tardivement.

« Au contraire, les symptômes appendiculaires
« ont été extrêmement précoces, se manifestant trois
« ou quatre jours après le début clinique de l'affection.
« Si la gangrène appendiculaire relève du même
« mécanisme, du même facteur étiologique que la
« perforation cœcale on conçoit mal que les deux
« lésions se soient manifestées à quinze jours d'in-
« tervalle.

« A notre avis il s'agit plutôt de lésions appen-
« diculaires banales, dans l'étiologie desquelles la
« fièvre typhoïde n'est intervenue qu'en tant que
« cause prédisposante. En effet, l'odeur particu-
« lièrement fétide de pus appendiculaire nous fait
« supposer que nous avons eu affaire à une infection
« de l'appendice par le colibacille ou des microbes
« anaérobies. »

Dans cette discussion nous avons essayé d'inter-
préter d'une façon logique des faits que nous avons
observés nous-mêmes à propos des malades de nos
observations inédites.

Nos déductions de clinique pure, passées au
crible d'une critique très serrée, sont appuyées par
l'opinion des auteurs dont nous citons les travaux,
qu'ils soient cliniques ou histo-bactériologiques, ces
derniers nous apportant un étai des plus solides.

Dans ces conditions, s'il existe évidemment
des appendicites banales au début et au cours
d'une fièvre typhoïde, ou plusieurs années après

(quelque puisse être le rôle déchaînant de la lésion éberthienne locale), nous concluons en toute sérénité d'esprit que l'appendicite purement éberthienne (ou paratyphique) est une réalité.

Selon le degré d'importance et de gravité des lésions appendiculaires, nous pouvons avoir affaire, soit à une manifestation extérieure purement douloureuse d'un appendice typhique certes, mais sans lésions graves immédiatement (ce que nous proposons de nommer : souffrance appendiculaire), soit à une crise d'appendicite typhique le terme d'appendicite ayant alors toute sa valeur.

TRAITEMENT

Quelle aurait été la destinée des appendices des observations nos 1 et 2 et 3 si l'on n'était pas intervenu ? Sans doute, les modifications de la muqueuse appendiculaire trouvées à l'intervention ne présentaient aucun caractère de gravité. On retrouvait l'aspect ordinaire d'une muqueuse intestinale typhique. Toutefois cette souffrance appendiculaire s'était révélée cliniquement aux observateurs par le syndrome classique d'appendicite aiguë, manifestant ainsi des réactions locales sérieuses dans la fosse iliaque droite.

Il paraît logique de penser dans ces cas particuliers que chez ces malades atteints de souffrance appendiculaire d'origine éberthienne, présentant toujours un état de résistance très diminuée aux germes pathogènes ordinaires, l'appendice peut être d'une sensibilité extrême à la flore normale ou pathologique de l'intestin dont il fait partie. La fixation secondaire possible d'anaérobies, de colibacilles, de streptocoques, etc., sur ces appendices déjà malades, bourrés de bacilles d'EBERTH capables, déjà à eux seuls, d'ulcérer les tuniques appendicu-

laïres, est toujours à redouter. Cette association microbienne assombrirait considérablement le pronostic.

Chez un typhique présentant les signes cliniques d'une appendicite aiguë est-il possible de savoir *a priori*, si nous avons affaire simplement à une souffrance appendiculaire purement typhique ou à un début d'appendicite banale ? Nous ne le croyons pas, car même dans les observations où nous avons trouvé des appendices peu lésés et simplement en proie à la souffrance éberthienne, et non une appendicite véritable, l'intensité des phénomènes cliniques constatés était telle que le diagnostic d'appendicite aiguë avait été formellement posé et que l'intervention immédiate avait été pratiquée.

Devant un syndrome appendiculaire au cours d'une dothientérie que les réactions appendiculaires soient la révélation simplement d'une souffrance typhique de l'organe, d'une appendicite vraie éberthienne, ou d'une appendicite banale surajoutée, nous pensons que la conduite à tenir est la même.

A l'encontre de la thèse de DUPLAY (Montpellier, 1919) dans laquelle l'auteur était partisan de la temporisation dans la majorité des cas (temporisation explicable puisque la plupart des chirurgiens d'alors hésitaient devant une semblable intervention à chaud), nous croyons pouvoir affirmer aujourd'hui qu'il faut toujours opérer lors de l'apparition d'un syndrome appendiculaire au cours d'une fièvre typhoïde.

A supposer que l'on puisse faire le diagnostic de simple souffrance appendiculaire d'origine typhique au début ou au cours d'une fièvre typhoïde, l'éventualité redoutable d'une infection surajoutée chez un sujet de moindre résistance doit nous inciter à éviter à tout prix le désastre imminent, par une intervention immédiate.

Il n'y a aucun intérêt, croyons-nous, à temporiser devant un syndrome appendiculaire naissant, chez un éberthien.

A ce moment l'intervention est rapide, donc peu choquante.

D'après les résultats acquis dans les observations publiées, tous les malades appendicectomisés au début ou au cours d'une dothientérie ont parfaitement guéri : cinq guérisons chez des porteurs d'appendicite que nous avons cru pouvoir démontrer comme étant purement éberthienne, une dans un cas de perforation appendiculaire, une enfin chez un malade atteint d'appendicite subaiguë (son décès tardif pour une autre cause — perforation cœcale — n'entrant pas en ligne de compte).

Il semble donc que l'existence d'une dothientérie en évolution n'aggrave pas tellement le pronostic opératoire de l'appendicite.

Nous ne pensons pas non plus que l'intervention précoce aggrave le pronostic de la dothientérie, pour les mêmes raisons que ci-dessus. Évidemment cette opinion dernière doit subir un correctif lorsque nous avons affaire à une fièvre typhoïde à type

cholériforme, ataxodynamique hyperpyrétique, ataxodynamique avec délire et hypothermie relative. Dans ces formes déjà plus que graves par elles-mêmes ; il est bien certain que le moindre choc peut donner à la maladie une allure immédiatement tragique.

Est-ce une raison pour s'abstenir devant un syndrome appendiculaire que nous savons pouvoir être le début d'accidents qui, eux, entraîneront certainement la mort ? Tout au plus pourra-t-on temporiser pendant quelques heures en surveillant minutieusement son malade et en mettant en jeu toute la thérapeutique nécessaire. A la moindre alerte, et même simplement si les phénomènes nouveaux ne rétrocedent pas, nous croyons que l'heure de prendre ses responsabilités a sonné pour le médecin et que l'intervention doit être proposée quand même et malgré tout. C'est à l'occasion de cas de ce genre que l'on peut dire qu'il n'y a pas une maladie, mais des malades.

De tout ce qui précède, et mis à part le cas immédiatement discuté, nous jugeons que par suite du confort chirurgical moderne et de la rapidité des techniques opératoires actuelles, l'intervention précoce et même immédiate est la conduite à tenir lors de l'apparition de tout syndrome appendiculaire au début ou au cours d'une dothiéntérie.

A propos de l'appendicite de l'enfant on a écrit : « Tout appendice suspect doit être enlevé. » Nous transposerons volontiers cette règle de pé-

diatrie dans le cadre qui nous intéresse et nous sommes tentés d'écrire : au début ou au cours d'une fièvre typhoïde tout appendice suspect doit être enlevé d'urgence.

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail, nous avons basé notre argumentation et notre discussion sur le rapprochement des observations et travaux déjà publiés, ainsi que sur la critique aussi minutieuse et impartiale que possible de trois observations personnelles, inédites. Nous pensons pouvoir en déduire les conclusions suivantes :

1^o L'appendicite purement éberthienne (ou para) est une vérité.

L'appendicite d'un dothiésentérique peut souffrir parce que :

a) Participant simplement aux localisations intestinales de la septicémie en cause. Dans ce cas l'appellation appendicite est peut-être exagérée, le terme de souffrance appendiculaire nous paraissant mieux convenir.

b) A un degré supérieur, le bacille d'EBERTH (ou para) a poussé son attaque plus à fond, et l'appendicite éberthienne a éclaté.

2^o Il est difficile et même impossible de se rendre

compte quelle est celle des deux éventualités ci-dessus qui se présente, étant donné l'ensemble symptomatique autre, au milieu duquel le syndrome appendiculaire naissant se fait jour.

3^o Étant donnée l'éventualité redoutable de la progression rapide, quelquefois foudroyante (obs. VI) du mal appendiculaire, même fruste, au début ou au cours d'une dothientérie, l'intervention chirurgicale doit être immédiate.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU *Le Président de thèse,*
PROUST.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

(Essentielle)

- ABRAMI. — *Pratique Méd. Franç.*, juin 1932.
- ALEXANDROFF. — *Journ. de chir. de thérap. infantiles*, 1894, n° 44.
- ALQUIER. — *Sem. médic.*, 1903.
- ANNICK. — *John Hopkin's Hosp. Bull.*, 1905.
- ARMSTRONG. — In *thèse François*, Paris 1904.
- BARBE. — *Thèse de Paris*, 1895.
- BAYET. — *Thèse de Paris*, 1901.
- BERNARD. — *Sem. Méd.*, 1903.
- BERNARD & MILLONE. — *Archives de mal. appar. digestif*, nov. 1930.
- BERNSTEIN. — *Ann. int. méd. Feb.*, 1930.
- BOPPE. — Rapport de Okinczy, *Bull. et mém. Soc. Nat. Chlr.*, juin 1928.
- BOVERLY MAC MONAGLE. — *Journ. of Amér. méd. Assoc. (California, Acad. of Méd.)*.
- BOUTECOU. — *Journal of the Amér. Assoc.*, 1888.
- BRISAUD. — *Pratique Méd. Franç.*, juin 1932.
- BROCA. — *Journal des Praticiens*, 1904.
- BULL. — *Practitioner Society*, In *méd. Record* 1901.
- CAZIN. — *Sem. méd.*, 1902-103.
- CAZIN. — *XV^e Congès de Chirurgie*, 1902.
- CHAPPEL. — *Thèse de Toulouse*, 1932.
- CHOMEL. — In *thèse Gouronnec*, Paris 1884.
- CLAVEL et VIDAL. — *Lyon Médical*, avril 1903.
- CLÉMENT. — *Lyon Méd.*, 30 avril 1933.
- COULOMB. — *Thèse de Paris*, 1899.

- DIEULAFOY. — *Bull. Acad. de Méd.*, 27 octobre 1896.
— *Cliniques*, 1896-1897.
DIVARIS. — *Ren. méd. chirurg.*, nov. 1927.
— *Méd. Intern. illustrée*, fév. 1928.
DOYEN. — *Méd. moderne*, mai 1897.
DUBOUCHER. — *Bull. Soc. Nat. Chir.*, n° 28, nov. 1924.
DUCASSE. — *Thèse de Paris*, 1883.
DUPLAY. — *Thèse de Montpellier*, 1919.
DUPUY de FRENELLE. — *Journ. de Méd. de Paris*, avril 1927.
FAISANS. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 24 mars 1889.
FERRARI. — *Bull. et Mém. de Société Nation. de Chirurg.*, Paris, 1924.
FIRMEY. — *John Hopkin's Hosp. Bull.*, may 1897.
FISCHLER. — *Mund. Méd. Wochenschrift*, 1911.
FRANÇOIS. — *Thèse de Paris*, 1904.
GOURONNEC. — *Thèse de Paris*, 1881.
GUÉNÉAU DE MUSSY. — *Clin. Méd.*, t. III.
GUILLAUME. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1923.
GUINARD. — In *Thèse Coulomb*, Paris, 1899.
HOPFENHAUSEN (Olga). — *Revue méd. de Suisse romande*, 2 fév., 1899.
HUTINEL. — *Thèse d'Agrégation*, 1883.
JACOB. — *Thèse de Paris*, 1893.
JALAGUIER. — *Traité de Chir.*, t. VI.
JOSIAS. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1904.
— *Pédiatrie pratique*, Lille, 1905.
LAIGNEL-LAVASTINE. — *Soc. Aantom.*, nov. 1900.
— *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 19 avril 1901.
LANNELONGUE et GAILLARD. — *Sem. Méd.*, juin 1890.
LANNOIS. — *Rev. de Médecine*, 1895.
LEFEBVRE. — *Soc. Chir.*, Toulouse, avril 1928.
LEUDET. — *Clin.*, 1871.
LOEPER. — *Soc. Anat.*, janvier 1900, mai 1901.
MALESPINE. — *Arch. Génér. Méd.*, 1841.
MASBREINER. — *Thèse de Paris*, 1900.
MASSABUAU et GUIBAL. — *Montpellier méd.*, 15 mars 1932.
MAUGER. — *Thèse de Paris*, 1900.
MAURANGE. — *Gaz. hebd. méd. et Chirg.*, 1899.

- MOIROUD et AVIERINOS. — *Bull. mém. Soc. Nat. Chirurg.*, déc. 1931.
- MOIZARD. — *Journ. Méd. et Chirurg. prat.*, 1899.
- MONDOR. — *Pratique Méd. Franç.*, juin 1932.
- MONOD et VARWERTS. — *Rev. de Chirurg.*, mars 1897.
- MOUCHET. — *Bull. Soc. Nat. Chir.*, n° 28, 28, nov. 1924.
- MURCHISSON. — *Des fièvres continues de la Grande-Bretagne.*
- NATIN-MOSTO. — *Seman. Méd. Féb.*, 1932.
- PALIERI. — *Riv. di Chirg. Como.*, 1924.
- PARIDEANS. — *Bruxelles méd.*, 1927.
- PARSONS. — *New Orléans Méd.*, jun. 1927.
- PICCHI. — *Sperimentale*, LV, I.
- PIERACCINI. — *Sperimentale*, LV, I.
- PIQUET et POREZ. — *Nord Méd.*, fév. 1929.
- RENDU. — *Sem. Méd.*, 6 fév. 1901.
- RIVIER. — *Thèse de Paris*, 1898.
- ROLLESTON. — *Clinical Society's Transactions*, vol. XXXI.
- SAINT-JACQUES. — *Union méd. du Canada*, Montréal 1925.
- SICARD. — *Presse Méd.*, oct. 1901.
- SIMONIN. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 27 déc. 1901.
- SIROU. — *Thèse de Paris*, 1898.
- SKELTON. — *New York Méd. Journ.*, 1917.
- SONNENBURG (E.). — *D. Z. f. Chir.*, 1894.
- SONNENBURG. — *Urngearbeitete Auflage*, Leipzig, 1913.
- STOKES. — *John Hopkin's Hosp. Bull.*, 1905.
- TALAMON. — *In thèse Bayet*, Paris, 1901.
- TUFFIER. — *Sem. Méd.*, 26 juin 1901.
- *17^e Congrès Chirg.*, Paris, 1904.
- TRIPPIER et PAIROT. — *Sem. méd.*, 8 mars 1899.
- WEILL-HALLE et BENDA. — *Sem. des Hôpit. de Paris*, 1925.
- WEISS. — *Amer. med. Assoc. — Med. Record*, 23 juin 1900.
- WEISSENBACH. — *Pratique Méd. Franç.*, juin 1932.
- WICKSBURG. — *New Orléans Med. and Surgery Journal*, juin 1927.
- WIDAL. — *Soc. Méd. des Hôpit.*, 12 avril 1901.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 5-7-1934
